Schwermut ohne Scham

In Deutschland steigt die Zahl der Diagnosen seelischer Krankheiten. Viele Menschen fühlen sich überfordert. Doch während die einen unter Depressionen leiden, sind die anderen nur gestresst. Wo verläuft die Grenze zwischen krank und gesund?

STEFAN THOMAS KROEGER / DER SPIEGEL

Die Reise stromabwärts setzte sich Morgen für Morgen um fünf Uhr fort. Die 43-jährige Frau sprang aus dem Bett, machte die Wäsche, deckte den Frühstückstisch, brachte die zwei kleinen Töchter zur Schule und ging ins Büro. Als Volljuristin leitete sie eine städtische Behörde, die sie aus Kostengründen mit einer anderen fusionieren sollte. Ihre Energie verschwand in dem Job wie in einem schwarzen Loch.

Abends kam sie mit Akten unterm Arm nach Hause, schrieb noch E-Mails an den Schulelternbeirat, bügelte eine Bluse für den nächsten Tag, ehe sie sich um zwei Uhr nachts schlafen legte. Ihren Mann, der in dieser Phase arbeitslos geworden war, versuchte sie aufzubauen.

Ein Jahr lang sei das so gegangen. „Ich wusste genau, das ist eine Fahrt auf einem reißenden Strom“, erzählt die Juristin. „Ich fragte mich nur, wie es ist, wenn der Absturz kommt.“

An Allerheiligen im vorvergangenen Jahr erlebte sie es. Die Juristin verstand die Bedienung der Waschmaschine nicht mehr – und sank weinend zusammen.

Ihr Hausarzt rief Klaus Lieb an, den Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Er werde eine Patientin mit Burnout überweisen. „Ich fand das sogar noch schick“, sagt die Juristin. „Weil Burnout ja etwas Positives ist, gesellschaftlich anerkannt: Du hast dich zu Tode gearbeitet, also musst du keine Schuldgefühle haben.“

Klaus Lieb, 46, ein bedächtiger Schwabe, redete lange mit ihr. Dann war ihm klar, woran die Juristin erkrankt war: an einer schweren Depression.

Die Patientin bekam sofort Medikamente und eine Psychotherapie. Bald ging es ihr viel besser, dann erlitt sie einen Rückfall. Klaus Lieb hat die Juristin deshalb im Oktober in seine Klinik eingewiesen. Jetzt töpfert sie tagsüber, malt Stillleben und macht Therapien, abends schläft sie in einem Zweibettzimmer mit grün-weißen Wänden. „Hierherzukommen, das war mir total unheimlich“, sagt sie. „Ich habe gedacht: Das willst du nicht, das bist du nicht, da gehörst du nicht dazu.“

Psychiatern ist die Geschichte vertraut: Menschen kommen mit Verdacht auf Burnout in ihre Praxis – und dort zeigt sich, dass sie unter einer Depression leiden.

Der Immobilienmakler Javier Sayes Gomez, 37, etwa sah im Fernsehen einen Bericht über Patienten mit Burnout und dachte: Mensch, das bin ja ich!

Psychiatrie ohne Mauern

Die „Rote Tür“ im Park des Klinikums Wahrendorff in Niedersachsen ist nie verschlossen. Menschen mit seelischen Störungen und Gesunde sollen nicht getrennt voneinander leben. Bürger sind eingeladen, den Park zu betreten.

Diese eskalierende Anforderung im Job, die irgendwann in tiefer Erschöpfung mündet; diese Antriebslosigkeit, die das Einkaufen im Supermarkt zum Kraftakt macht; dieses Gefühl, von Termin zu Termin hetzen zu müssen.

„Ich wollte immer der Beste sein“, sagt Sayes Gomez, und der rechte Fuß wippt dabei im Takt seiner Worte. Der Sohn spanischer Gastarbeiter holte das Abitur auf dem zweiten Bildungsweg nach und studierte Wirtschaftsingenieurwesen in Köln. Nach dem Bachelor jobbte er als Dachdecker, ging für ein Jahr ins Callcenter von Lego in London, wurde Verkäufer von Filteranlagen im Rheinland, wechselte in die Immobilienbranche nach Berlin und nahm parallel dazu noch ein Zweitstudium auf.

„Immer Vollgas“, sagt Sayes Gomez – und kommt auf die andere Seite zu sprechen: die innere Unruhe, das Gefühl, kaputt und nicht glücklich zu sein. Fünf Jahre lang sei das so gegangen, bis er den Burnout-Bericht im Fernsehen sah.

Nach der Sendung begab sich Sayes Gomez zur Behandlung in die Berliner Charité und erfuhr, nach einer eingehenden Untersuchung durch den Psychiater Mazda Adli, 42, dass er sich seine Beschwerden mitnichten eingebildet hatte. Er hatte eine handfeste Depression.

Dass viele Patienten über den Umweg Burnout den Gang zum Arzt wagen, begrüßen Lieb, Adli und auch Mathias Berger, Direktor der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. „Der Begriff öffnet Schleusen, über psychische Erkrankungen zu reden, ohne sich zu schämen“, sagt Berger, 64. „Das ist schon einmal ein unglaublicher Fortschritt.“

Ähnlich sieht es der Psychiater und Autor Asmus Finzen, 71. „Wenn dadurch das Stigma weggeht, ist das gut. Ich bin überzeugt davon, dass das Etikett Burnout vielen Menschen mit Depressionen erstmals erlaubt, Hilfe zu suchen.“

Und auch Ulrich Hegerl, 58, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig, findet, dass das B-Wort hilft, „die große Bedeutung psychischer Erkrankungen deutlich zu machen“.

Die neue Offenheit im Umgang mit seelischen Störungen spiegelt sich in den Statistiken wider. So ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen in Bayern seit dem Jahr 2000 um fast 54 Prozent gestiegen, meldet die dortige AOK. Neun Prozent aller Ausfalltage gehen inzwischen auf seelische Leiden zurück. Unter den Versicherten der Barmer GEK schält sich der gleiche Trend heraus. Demnach sind psychische Störungen zum häufigsten Grund für Behandlungen im Krankenhaus geworden – vor Herzinfarkt, Schlaganfall und Rückenschmerz. Die Zahlen der Deutschen Rentenversiche-

SIBYLLE FENDT / DER SPIEGEL

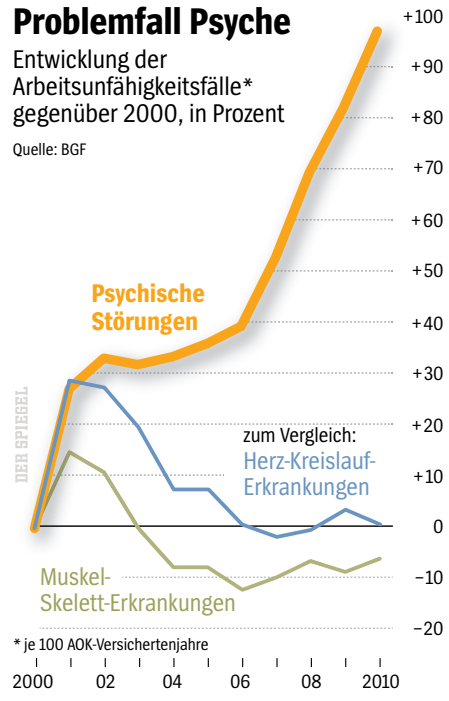
Immobilienmakler Sayes Gomez beim Joggen: *„Ich wollte immer der Beste sein“*

rung bestätigen es. Psychische Störungen sind zum häufigsten Grund für Erwerbsminderungsrenten geworden: Binnen zehn Jahren ist der Anteil von 24,2 auf 39,3 Prozent gestiegen. Nach einer Anfang Dezember veröffentlichten OECD-Studie leiden in Industriestaaten angeblich sogar 20 Prozent der Arbeitnehmer an psychischen Erkrankungen.

All diese Zahlen beziehen sich zwar auf eine große Gruppe psychischer Leiden, zu denen auch Psychosen, Demenz, Suchtkrankheiten, Schizophrenie oder die Aufmerksamkeitsstörung ADHS gehören. Eine Aufschlüsselung der Barmer GEK zeigt jedoch, dass depressive Störungen mit knapp 40 Prozent den Löwenanteil ausmachen. Mehr Deutsche als je zuvor lassen sich im Krankenhaus wegen Depressionen behandeln – laut Barmer GEK betrug der Zuwachs in den vergangenen zehn Jahren 117 Prozent.

Die Ursache dieses dramatischen Anstiegs ist unbekannt. Doch vermutlich haben auch die wachsenden Anforderungen im Job ihren Anteil daran. Zwar lässt sich das wahre Ausmaß von Stress am Arbeitsplatz nur schwer messen und über die Jahre vergleichen, aber eine Langzeitstudie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Baua) in Dortmund deutet darauf hin, dass die Einführung von E-Mail und BlackBerry, die ständige Erreichbarkeit sowie die seit Jahren steigende Arbeitsverdichtung den Menschen aufs Gemüt geschlagen haben.

Alle fünf Jahre befragen Baua-Mitarbeiter 20 000 erwerbstätige Bundesbürger zu ihrem Arbeitsplatz und zu gesundheitlichen Beschwerden. Demnach fühlten sich die Arbeitnehmer im Befragungszeitraum 2005/06 wesentlich gestresster als fünf Jahre zuvor. Der Anteil jener, die sich im Job „eher überfordert“ fühlten, stieg von 4,6 auf 17,4 Prozent. Knapp die Hälfte der Befragten gab an, beim Arbeiten ständig gestört und unterbrochen zu werden. Und auch das Multitasking („verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig erledigen“) raubte ihnen zunehmend den Nerv: Waren es einst 42 Prozent, die sich dieser Belastung ausgesetzt fühlten, so stieg der Anteil zuletzt auf 59 Prozent.



Nicht nur der Leidensdruck wächst, sondern auch die Bereitschaft, sich damit an einen Arzt zu wenden. Psychiater Berger hat das Bild eines Eisbergs gezeichnet. An dessen Spitze hat er geschrieben „diagnostizierte Patienten“; an den großen Klumpen unter der Wasseroberfläche: „unerkannte Patienten mit depressiven Störungen“. Gegenwärtig sinke das Wasser gleichsam, so Berger: „Dadurch kommt mehr zum Vorschein, und das ist auch gut so.“

Trotzdem verfolgt Berger mit Sorge, welch ein Eigenleben der Begriff Burnout jetzt entwickelt. Um die Modediagnose herum ist eine eigene Seelenindustrie entstanden. Nicht nur Ärzte und Psychologen, sondern auch Heilpraktiker, Wellness-Hoteliers und Urschrei-Therapeuten spezialisieren sich auf die neue Klientel.

Und all das, obwohl Burnout im medizinischen Sinne gar keine Diagnose ist, sondern allenfalls ein anderes Wort für

EVA HAEBERLE / DER SPIEGEL

Psychiater Adli (vorn), Mitglieder des Chors The Singing Shrinks an der Berliner Charité: *Singen gegen den Stress*

Depression. Der Volksmund aber interpretiert das völlig anders und versteht darunter eine scheinbar neue und eigenständige Krankheit, charakterisiert durch pathologische Erschöpfung im Beruf.

Eine Kostprobe liefert der NAV-Virchow-Bund, der niedergelassene Ärzte in Deutschland vertritt. Ungefähr 80 Prozent der Vertragsärzte, steht in seinem Jahresbericht, wiesen „Teilaspekte eines Burnouts auf“, 5 bis 10 Prozent seien gar vom „Vollbild“ betroffen.

Gemeint waren damit aber nicht etwa Krankheitsfälle, wie eine Nachfrage beim Soziologen Klaus Gebuhr ergibt, der die Passage formuliert hat. „Das ist keineswegs als diagnostisches Statement gemeint“, sagt er. Die befragten Ärzte seien in Wahrheit seelisch gesund. Er habe nur zum Ausdruck bringen wollen, dass sich etliche von ihnen gestresst fühlen. Gebuhr sagt: „Den Begriff Burnout habe ich bewusst gewählt, weil die Leute da erst einmal hellhörig sind.“

Ähnlich publikumsbewusst gehen auch Mitarbeiter von Krankenkassen mit dem Modebegriff um. Weil es so viele Anfragen von Journalisten zu Burnout gab, sagt Manuela Stallauke vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (Wido), seien sie und ihre Mitarbeiter vor einiger Zeit auf die Idee gekommen, dem Phänomen nachzuspüren. Zwar handle es sich hier nicht um eine medizinische Diagnose, aber Ärzte können als zusätzliche Information auf einer Krankschreibung das Kürzel „Z73“ vermerken. Dahinter verbergen sich „Probleme bei der Lebensbewältigung“ wie „Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung“, „sozialer Rollenkonflikt“, „unzulängliche soziale Fähigkeiten“ oder, als einer von neun Punkten, eben auch „Ausgebranntsein (Burnout)“.

Die Wido-Mitarbeiter haben nun auf zehn Millionen Krankmeldungen nach dem Kürzel Z73 gesucht. Und tatsächlich:

Krach in der Familie, Ärger im Beruf – durch ständigen Stress stumpft das Gehirn ab.

Es taucht immer öfter auf. Die absolute Zahl allerdings ist gering. Noch immer findet sich auf nicht einmal 0,4 Prozent aller Krankschreibungen der Vermerk Z73. In ihrer Pressemitteilung jedoch bauschten die Wido-Leute ihren Befund auf, als hätten sie ein neues Volksleiden entdeckt: „Burnout auf dem Vormarsch“.

Solche irreführenden Meldungen sind es, an denen sich führende Experten wie Hegerl und Isabella Heuser, 58, Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, stoßen. Burnout sei ein medizinisch sinnloser Begriff; denn ein behandlungswürdiger Burnout und eine Depression seien ein und dasselbe. Das Gefühl tiefer Erschöpftheit, wie es jetzt als typisch für die neue Modekrankheit gilt, habe schon immer zu den für die Diagnose einer Depression nötigen Krankheitszeichen gehört.

Neue Befunde der Neurobiologie bestätigen dieses Bild. Keine Frage: Ständiger Stress stumpft das Gehirn ab und kann depressiv machen. Ob der Stress vom Job oder der Familie, von Überlastung oder Unterforderung herrührt, ist dabei ganz unerheblich.

Doch würden die Erkrankung und das Überforderungsphänomen in der öffentlichen Debatte ständig vermischt, klagt Berger. „Das ist gefährlich, weil dadurch alle pathologisiert werden.“ Gemeinsam mit acht Kollegen von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde hat Berger jetzt eine Taskforce gebildet. Ihre Aufgabe: die Verwirrung um den Begriff Burnout möglichst schnell aufzuklären.

Die Eile der Experten ist verständlich. Wenn die Grenze zwischen normal und psychisch krank nicht klar gezogen ist, können die Folgen fatal sein: Auf der einen Seite stehen dann seelisch Kranke, die fehldiagnostiziert und folglich falsch oder gar nicht behandelt werden. Das andere Extrem sind Menschen mit harm-

losen Befindlichkeiten, die überflüssige oder gar schädliche Therapien erhalten.

Der Leipziger Psychiater Hegerl, der auch der Stiftung Deutsche Depressionshilfe vorsteht, befürchtet, dass beides längst passiert. „Selbsternannte ‚Burnout-Kliniken' springen auf den Zug auf und hoffen auf eine Klientel von Managern mit Privatversicherung", sagt er. Womöglich bekämen die Patienten den Rat, sich mal freizunehmen, länger zu schlafen, Urlaub zu machen – alles Tipps, die ihre seelischen Probleme sogar noch verschärfen können. Hegerl: „Menschen mit depressiven Erkrankungen reagieren auf längeren Schlaf und eine längere Bettzeit oft mit einer Zunahme der Erschöpftheit, und ihre Stimmung verschlechtert sich."

Zum anderen bedürfe nicht jeder, der sich ausgebrannt fühle, einer Therapie: „Stress und gelegentliche Überforderung sind Teil des Lebens und müssen nicht medizinisch behandelt werden." Doch gerade auf die harmlosen Fälle stürzten sich Therapeuten gern – während die wahrhaft Bedürftigen keinen Therapieplatz mehr bekommen.

Dass diese Furcht nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigt die Entwicklung der Psychiatrie in den vergangenen Jahrzehnten. Ärzte und Pharmamitarbeiter sind zunehmend der Verlockung erlegen, sich auch um Menschen zu kümmern, denen eigentlich nichts fehlt. Um ihren Therapien und Pillen neue Märkte zu erschließen, deuten sie Wechselfälle des Lebens um in behandlungswürdige Zustände.

Im Frühjahr 2013 wird die schleichende Abschaffung der seelischen Gesundheit wieder Thema sein. Dann erscheint die fünfte Ausgabe des „Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung" („DSM"). Es ist ein Verzeichnis aller Seelenleiden, die Nervenärzte für behandlungswürdig erachten. Das auch in Deutschland einflussreiche Werk schreibt vor, welche Symptome ein Mensch zeigen muss, um eine bestimme Diagnose zu bekommen. Schon kleine Veränderungen der Diagnosekriterien können Millionen Menschen in Patienten verwandeln – und damit auch für den Pharmamarkt von großer Bedeutung sein.

Für die kommende Ausgabe „DSM-V" haben sich die zuständigen Mediziner und Psychologen eine Premiere ausgedacht: Erstmals soll der Katalog auch Kriterien für den Schweregrad der einzelnen Symptome umfassen. So wollen die Verfasser seelische Leiden differenzierter als bisher erfassen.

„Es ist ja heute kaum noch möglich, ohne geistige Störung durchs Leben zu kommen."

Das neue System würde es allerdings auch erlauben, Diagnosen zu stellen, obwohl noch gar keine Krankheitssymptome zu finden sind: das „Psychoserisikosyndrom" etwa für Personen, die gar keine Psychose haben; oder die „leichte kognitive Störung" für Erwachsene, die nur schusselig sind.

Mehr als 7000 Mediziner haben bisher in einer Petition gegen eine solche Ausweitung der Diagnosen protestiert. „Es ist ja heute kaum noch möglich, ohne geistige Störung durchs Leben zu kommen", prophezeit der US-Psychiater Allen Frances.

Das ist schon heute schwer, weil in der Psychiatrie am Ende alles eine Frage der Definition ist. Geschickt konstruieren Ärzte und Mitarbeiter von Pharmafirmen Störungen, die bloße Varianten weitverbreiteter Verhaltensweisen sind. Aus Eigenbrötlerei wird die „schizoide Persönlichkeit", aus Schüchternheit die „soziale Phobie". Im Dunstkreis der anhaltend schlechten Laune wollen die Experten einen Zustand ausgemacht haben, den sie „Dysthymie" nennen. Auch die normale Trauer hat bereits Eingang in die Psychiatrie gefunden: als „Anpassungsstörung".

Manche der neuen Leiden sind offenbar nur deshalb verborgen geblieben, weil man sie eigentlich gar nicht erkennen kann. Die Marketingabteilung der Firma SmithKline Beecham etwa hat einst das „Sisi-Syndrom" erschaffen: angeblich eine versteckte Form der Niedergeschlagenheit, an der schon die österreichische Kaiserin Elisabeth („Sisi") gelitten, die sie aber mit ihrer fröhlichen Art geschickt zu überspielen gewusst habe.

Den im Süden überwinternden Pensionären geht es nicht viel besser. Ihnen macht die „Paradies-Depression" zu schaffen, die einem in Spanien praktizierenden Psychotherapeuten aus Deutschland auffiel. Ähnlich riskant erscheint die „Freizeit-Krankheit", eine Unfähigkeit zum Müßiggang, an der angeblich drei Prozent aller Menschen leiden.

Die „generalisierte Heiterkeitsstörung" (GHKS) wiederum beschreibt dem Fachblatt „Forum der Psychoanalyse" zufolge einen persistierenden fröhlichen Gemütszustand. Selbst wenn die Betroffenen mit abgründigen Erfahrungen konfrontiert würden, könnten sie sich „von ihrem Zustand der Heiterkeit nicht distanzieren oder diesen verändern".

Etliche Leser haben sich beim Autor, dem Psychiater Ulrich Streeck, nach weiterführender Literatur erkundigt – und erst so erfahren, dass der Beitrag über die GHKS eine Satire war. Manche Kollegen nähmen ihm das bis heute übel, erzählt Scherzbold Streeck – wer weiß, vielleicht sind die Genarrten ja an der „posttraumatischen Verbitterungsstörung" erkrankt, einer wiederum ernstgemeinten Krankheit, die ein Berliner Seelendoktor entdeckt haben will?

Kurz nach dem Zweiten Weltkrieg kannte das „DSM" lediglich 26 anerkannte seelische Störungen. Die derzeit gültige vierte Ausgabe des psychiatrischen Krankheitskatalogs „DSM-IV" dagegen listet 395 Krankheiten auf. Addiert man ihre angeblichen Verbreitungen zusammen, dann hat mehr als die Hälfte der Bevölkerung eine psychische Störung.

SIBYLLE FENDT / DER SPIEGEL

Psychologin Schramm bei Kernspinuntersuchung*: *Psychotherapie verändert das Gehirn*

* Am Universitätsklinikum Freiburg im Breisgau.

Es ist demnach also schon heute normal, psychisch krank zu sein. Die geplante „DSM-V“-Version des Psycho-Katalogs wird noch umfänglicher ausfallen – die Liste umfasst etwa die „hypersexuelle Störung“, die „Launenfehlregulationsstörung“ oder die „Fressanfallstörung“. Dann, befürchten kritische Psychiater, dürfe bald niemand mehr seelisch gesund sein. Angeführt wird der Protestzug vom US-Psychiater Frances. Der Mann kennt sich aus – am „DSM-IV“ hat er noch maßgeblich mitgestrickt. Nun aber zieht er die Reißleine. Besonders beunruhigt ihn, dass zunehmend Kinder und Pubertierende ins Visier der Branche geraten.

Die „DSM-V“-Version, warnt Frances, werde „die bereits bestehende Inflation der Diagnosen weiter aufblähen und den schon heute exzessiven Konsum von nicht angebrachten und potentiell gefährlichen Medikamenten unter Kindern verschlimmern“.

Die Karriere der heute wohl bekanntesten aller seelischen Kinderkrankheiten begann 1935: Damals hatten Ärzte in den USA erstmals versucht, zappeligen und unkonzentrierten Grundschülern ein Hirnleiden anzuhängen. Diese Kinder hätten mit den Folgen einer Gehirnentzündung zu kämpfen, hieß es, und litten am sogenannten postenzephalitischen Syndrom. Dieser Begriff konnte sich allerdings nicht durchsetzen – viele der angeblich betroffenen Kinder hatten niemals eine Enzephalitis gehabt.

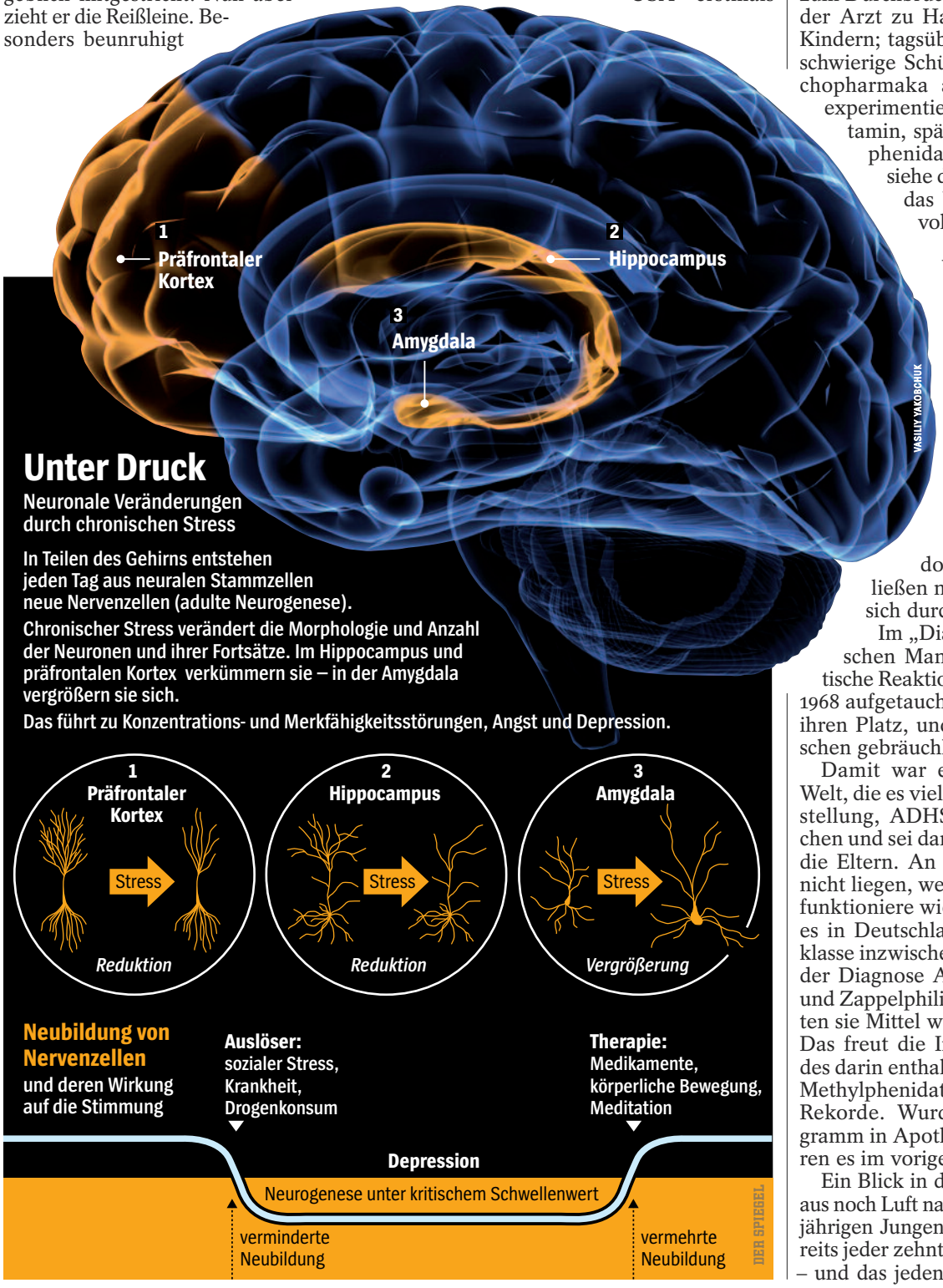
In den sechziger Jahren war es dann der US-Psychiater Leon Eisenberg, der dem Krankheitsbild, unter neuem Namen, zum Durchbruch verhalf. Abends spielte der Arzt zu Hause mit seinen eigenen Kindern; tagsüber kümmerte er sich um schwierige Schüler – und probierte Psychopharmaka an ihnen aus. Anfangs experimentierte er mit Dextroamphetamin, später verschrieb er Methylphenidat zum Pausenbrot. Und siehe da: Die Mittel veränderten das Verhalten; temperamentvolle Kinder wurden gefügig.

Auf einem Seminar der Weltgesundheitsorganisation kämpften Leonberg und sein Kollege Mike Rutter 1967 darum, die angebliche Hirnstörung als eigenständige Krankheit in den Katalog der psychiatrischen Leiden aufzunehmen. Den eher psychosomatisch geprägten Ärzten in der Runde ging das zu weit, doch Eisenberg und Rutter ließen nicht locker – und setzten sich durch.

Im „Diagnostischen und Statistischen Manual“ ist die „hyperkinetische Reaktion des Kindesalters“ anno 1968 aufgetaucht und hat darin bis heute ihren Platz, und zwar unter dem inzwischen gebräuchlichen Namen ADHS.

Damit war eine Erkrankung in der Welt, die es vielen recht machte. Die Vorstellung, ADHS habe genetische Ursachen und sei damit angeboren, entlastete die Eltern. An der Erziehung könne es nicht liegen, wenn das eigene Kind nicht funktioniere wie gewünscht. Und so gibt es in Deutschland in jeder Grundschulklasse inzwischen statistisch ein Kind mit der Diagnose ADHS. Damit Tobemarie und Zappelphilipp ruhiger werden, erhalten sie Mittel wie Medikinet und Ritalin. Das freut die Industrie: Der Verbrauch des darin enthaltenen Betäubungsmittels Methylphenidat erreicht jedes Jahr neue Rekorde. Wurden 1993 noch 34 Kilogramm in Apotheken umgeschlagen, waren es im vorigen Jahr 1760 Kilogramm.

Ein Blick in die USA zeigt, dass durchaus noch Luft nach oben ist. Von den zehnjährigen Jungen schluckt mittlerweile bereits jeder zehnte ein ADHS-Medikament – und das jeden Tag. Doch ausgerechnet



der wissenschaftliche Vater von ADHS hat die Explosion der Verschreibungen mit wachsendem Entsetzen verfolgt. Leon Eisenberg übernahm später die Leitung der Psychiatrie am renommierten Massachusetts General Hospital in Boston und wurde zu einem der bekanntesten Nervenärzte der Welt. In seinem letzten Interview, sieben Monate vor seinem Tod an Prostatakrebs im Alter von 87 Jahren, distanzierte er sich von seiner Jugendsünde.

Ein großer, hagerer Mann mit Brille und Hosenträgern öffnete 2009 die Tür zu seiner Wohnung am Harvard Square, lud an den Küchentisch und schenkte Kaffee aus. Niemals hätte er gedacht, erzählte er, dass seine Erfindung einmal derart populär würde. „ADHS ist ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung“, sagte Eisenberg. „Die genetische Veranlagung für ADHS wird vollkommen überschätzt.“

Stattdessen sollten Kinderpsychiater viel gründlicher die psychosozialen Gründe ermitteln, die zu Verhaltensauffälligkeiten führen können, sagte Eisenberg. Gibt es Kämpfe mit den Eltern, leben Mutter und Vater zusammen, gibt es Probleme in der Familie? Solche Fragen seien wichtig, aber sie nähmen viel Zeit in Anspruch, sagte Eisenberg und fügte seufzend hinzu: „Eine Pille verschreibt sich dagegen ganz schnell.“

Den ADHS-Geist, den er gerufen hatte, wurde Eisenberg nicht mehr los.

Im Gegenteil, schon greift die nächste vermeintliche Kinderkrankheit um sich. Die bipolare Störung oder manisch-depressive Erkrankung war noch bis in die neunziger Jahre hinein bei Kindern so gut wie unbekannt; inzwischen gehört sie in den USA zu den häufigsten Diagnosen in der Kinderpsychiatrie. Die Zahl der Arztbesuche wegen dieser Störung hat sich in knapp zehn Jahren um das 40fache erhöht; viele der Patienten sind gerade erst zwei, drei Jahre alt.

Die Krankheit lanciert zu haben ist das Lebenswerk des US-Nervenarztes Joseph Biederman. Er hat Studien angefertigt, Vorträge gehalten – und ordentlich die Hand aufgehalten. Satte 1,6 Millionen Dollar erhielt Biederman allein zwischen 2000 und 2007 von pharmazeutischen Firmen, weil er sie beriet und für sie als Meinungsbildner (Branchenspott: „Mietmaul“) auftrat. Viele seiner Sponsoren aus der Industrie stellen Neuroleptika her – also just jene Medikamente, die Kinder mit der Diagnose bipolare Störung konsumieren sollen.

Diese Mittel dämpfen nicht nur das Seelenleben der jungen Patienten, sondern sie haben auch eine schwere Nebenwirkung: Viele der kleinen Konsumenten nehmen nach einigen Wochen mehr als fünf Kilogramm zu.

Und die Mast mit Medikamenten ist vermutlich nicht einmal der größte Grund zur Sorge. In den Vereinigten Staaten und anderen Industrienationen wächst eine Generation von Menschen heran, die bereits Psychopillen nahmen, als ihr Erinnerungsvermögen einsetzte, und mit der täglichen Tablette so selbstverständlich leben wie mit dem Glas Milch zum Frühstück.

Was der ständige Einfluss der Medikamente in den sich noch entwickelnden Gehirnen anstellt, weiß niemand. Wird hier die Saat für lebenslängliches Tablettenschlucken gelegt? Kritiker Allen Frances zuckt die Schultern und sagt: „Es ist ein Experiment außer Kontrolle.“

Doch nicht nur Jugendliche nehmen sie in Massen, auch Bewohner von Seniorenheimen erhalten mehr und mehr Neuroleptika. Sie sind mittlerweile die pharmazeutische Wirkstoffklasse mit dem größten Umsatz: mehr als 14 Milliarden Dollar allein in den USA – pro Jahr.

Diagnose Depression

nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD-10)

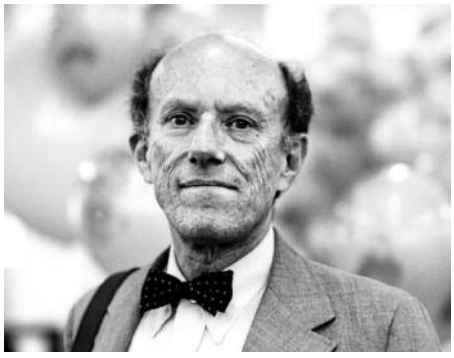
Der Patient leidet seit mindestens zwei Wochen unter mindestens zwei der folgenden Hauptsymptome:

- **depressive Stimmung**
- **erhöhte Ermüdbarkeit**
- **Verlust von Interesse oder Freude**

Außerdem treten mindestens zwei der folgenden Symptome auf:

- **verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit**
- **vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen**
- **verminderter Appetit**
- **Schlafstörungen**
- **Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit**
- **Suizidgedanken oder -handlungen, Selbstverletzungen**
- **Zukunftsängste**

DER SPIEGEL



SUEDDEUTSCHER VERLAG

Psychiater Eisenberg 1986
„ADHS ist eine fabrizierte Erkrankung“

Im Land des unbegrenzten Pillenmarketings beherrschen neben den Neuroleptika Mittel gegen Depression den Markt. Für beinahe neun Prozent der US-Bürger gehört die Einnahme von Antidepressiva zum Alltag. In Deutschland werden sie von fünf Prozent der Bevölkerung genommen, bei steigender Tendenz. Im vorvergangenen Jahr wurden hierzulande 1174 Millionen Tagesdosen verkauft – im Jahr 1990 waren es nur 251 Millionen.

Vor allem die „selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer“ (SSRI), von denen Prozac das erste und bekannteste Beispiel ist, sind zu Modedrogen gegen Schwermut, Traurigsein und Ängste aller Art geworden. Die grünen und weißen Prozac-Kapseln (in Deutschland unter anderem als Fluctin auf dem Markt) erhöhen die Menge des Serotonins an den Nervenendigungen.

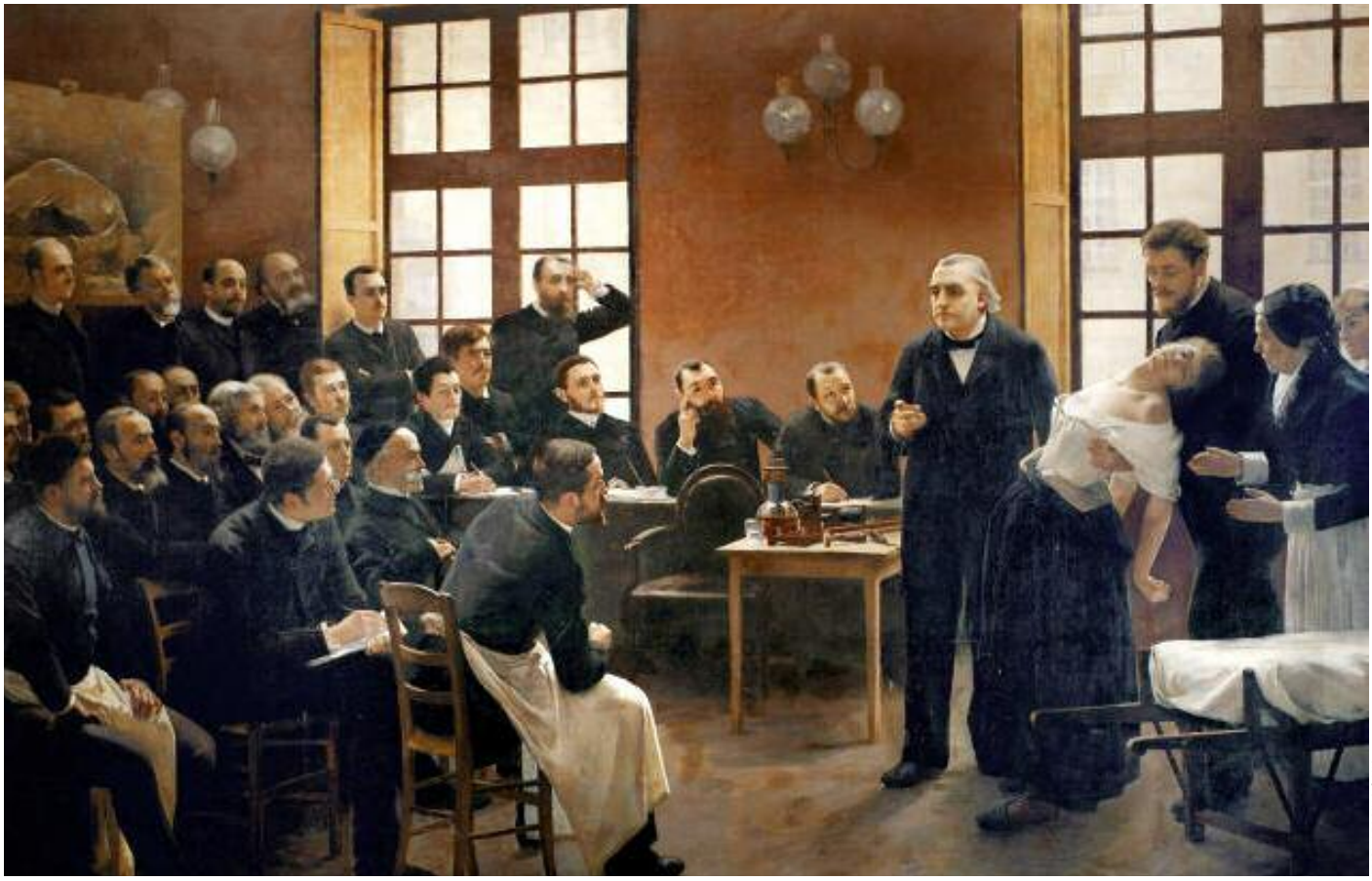
Zwar haben die SSRI Nebenwirkungen wie sexuelle Unlust und – in seltenen Fällen – offenbar ein erhöhtes Risiko für Gewalt und Suizid. Doch viele Menschen, die SSRI einnehmen, finden, die Substanz mache sie klarer im Kopf, selbstbewusster und extrovertierter. Deshalb waren die Glückspillen Wegbereiter einer „kosmetischen Psychiatrie“, wie es der amerikanische Nervenarzt und Autor Peter Kramer in seinem Bestseller „Listening to Prozac“ formuliert hat. Menschen, die gar nicht krank waren, nahmen Prozac, „um sich besser als gut“ zu fühlen.

Längst floriert eine regelrechte Gesundheitsindustrie des Seelenglücks. Oft reicht dabei eine überzeugende Inszenierung, um einer Seuche zum Ausbruch zu verhelfen.

Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot (1825 bis 1893) hat das schon früh bewiesen. Er betrieb Medizin wie ein Hypnotiseur, und seine Bühne stand im Pariser Krankenhaus Salpêtrière: Er konnte Frauen offenbar nach Belieben in hysterische Anfälle treiben und sie ohnmächtig darniedersinken lassen. Mediziner aus ganz Europa wohnten diesen Vorführungen bei. Die Presse berichtete, und prompt breitete sich die Hysterie wie ein Virus unter Europas Frauen aus.

Mit Charcots Ableben jedoch erstarb der Zauber. Die Hysterie hat zwar bis heute überlebt (als „Konversionsstörung“), aber sie wird nur noch selten diagnostiziert.

Ein ähnlich großer Wurf gelang 1869 dem Elektrotherapeuten George Beard aus New York. In einer führenden Wochenschrift legte er eine Abhandlung über die „Neurasthenie oder nervöse Erschöpfung“ vor. Typisches Merkmal des Leidens sei demnach mangelnde Nervenkraft. „Nach meiner Ansicht“, schrieb er, „wird das Zentralnervensystem entphosphort, oder es büßt möglicherweise etwas von seinen festen Bestandteilen



ERICH LESSING / AKG

Neurologe Charcot bei der Vorführung einer Hysterie-Patientin im Pariser Krankenhaus Salpêtrière*: *Anfälle auf der Bühne*

ein.“ Die Folgen: Müdigkeit, Verstopfung, unruhiger Schlaf und rheumatische Schmerzen.

Die neue Krankheit erwies sich als äußerst ansteckend. Von Amerika aus fand sie rasch den Weg nach Europa, wie ein Schweizer Psychotherapeut 1904 notierte: „Die Neurasthenie ist in aller Munde. Sie ist die neue Modekrankheit.“

Jetzt hat die Neurasthenie im Burnout einen Nachfolger gefunden, der perfekt in die heutige Zeit mit ihren Umbrüchen in der Arbeitswelt zu passen scheint. „Ständige Erreichbarkeit über E-Mail oder Handy auch außerhalb der Dienstzeit oder im Urlaub führt zur ‚Entgrenzung‘ der Arbeit“, wie es Jürgen Hölzinger von der Ärztekammer Berlin ausdrückt. „Konkurrenz, Leistungsdruck und drohender Arbeitsplatzverlust sorgen für eine neue Art von Selbstausbeutung.“

Solche Sätze haben sich im deutschsprachigen Raum zur Auffassung verdichtet, Burnout sei eine eigene Krankheit, und zwar der Leistungsträger; jener, die sich für ihre Firma aufopfern. Der Münchner Psychiater Werner Kissling hat Hunderte Manager und Führungskräfte gesprochen, die sich erschöpft fühlen. „Dass er Depressionen habe, sagt keiner von ihnen“, so Kissling. „Aber Burnout haben sie gern. Das tragen viele von ihnen wie ein stolzes Abzeichen vor sich her.“

Als Ralf Rangnick, 53, im September seinen Trainerjob beim Fußballverein Schalke 04 hinwarf und das mit einem „Burnout“ erklärte, war ihm der Respekt der ganzen Branche sicher. Der Spieler Andreas Biermann, 31, vom FC St. Pauli dagegen gab sich als Mensch mit „Depression“ zu erkennen – und mit seiner Zukunft im bezahlten Fußball war es aus. Jetzt kickt Biermann, dem es heute viel besser geht, nur noch zum Spaß, beim FC Spandau 06 in der siebten Liga.

„Einen Burnout haben Manager gern. Viele tragen das wie ein stolzes Abzeichen vor sich her.“

Auch um die Depression von ihrem Stigma zu befreien, würden viele Ärzte den Burnout gern aus dem Vokabular streichen. Der Leipziger Psychiater Hegerl etwa plädiert dafür, „eine Depression auch Depression zu nennen“. In den angelsächsischen Ländern (wo Patienten und Ärzte den aus ihrer Sprache entlehnten Begriff Burnout interessanterweise gar nicht kennen) gehe man viel offener und unerschrockener damit um, sagt Hegerls Berliner Kollegin Heuser. „Ich würde mich freuen, wenn sich prominente Menschen, anstatt im Fernsehen über Burnout-Erfahrungen zu erzählen, zu ihrer Depression bekennen. Das könnte helfen, das falsche Bild dieser Erkrankung aus der Welt zu schaffen.“

Dazu gehört auch eine saubere Diagnose. Entscheidend ist, einen erfahrenen Hausarzt oder Psychiater zu finden, der das offizielle System zur Diagnose seelischer Krankheiten (ICD-10) richtig anwenden kann. Dann gelingt es recht genau, die Grenze zwischen gesund und krank zu ziehen (siehe Grafik).

Nichts anderes hat Klaus Lieb gemacht, als er die 43-jährige Juristin aus Mainz untersuchte, die sich für einen Burnout-Fall hielt. Als sie von ihrer gedrückten Stimmung und ihrer ausgeprägten Müdigkeit berichtete; als sie erzählte, dass sie oft schon morgens um vier aufwache und dann nicht mehr einschlafen könne, waren dies erste Hinweise. Lieb begann, genauer nachzufragen.

„Es gibt drei Hauptsymptome der Depression: die niedergeschlagene Stimmung, den Verlust von Freude und Interessen und die erhöhte Erschöpfbarkeit mit mangelndem Antrieb – von ihnen müssen mindestens zwei vorhanden sein“, erklärt Lieb. Dann fragte er nach den Nebensymptomen (Konzentrationsstörungen, schlechter Schlaf, Appetitverlust,

* Gemälde von André Brouillet, 1887.

pessimistische Zukunftsgedanken, Schuldgefühle, verringertes Selbstgefühl und Suizidgedanken). Von ihnen müssen mindestens zwei vorliegen.

„Wenn diese Symptomatik über zwei Wochen besteht, praktisch jeden Tag mit ausgeprägter und deutlicher Schwere, spricht man von Depression“, sagt Lieb. Bei der Juristin waren die Krankheitsanzeichen unverkennbar, sie erzählte Lieb sogar von ihren Phantasien, sich vor die Straßenbahn zu werfen.

Und wie viele Menschen, die sich selbst als Burnout-Opfer sehen, sind tatsächlich krank? Nach Liebs Erfahrung erweisen sich 20 bis 30 Prozent von ihnen als leichtere Fälle, in denen er keine Diagnose stellt. Bei den anderen jedoch ergibt die eingehende Untersuchung einen klaren Befund, und zwar stets denselben: eine Depression.

Bei der Abgrenzung depressiver Erkrankungen von bloßen Befindlichkeitsstörungen ist es hilfreich, dass die Neurobiologen inzwischen recht gut verstehen, was im Gehirn der Erkrankten geschieht. Immer klarer wird: Für das reibungslose Funktionieren des komplexen Netzwerks unter der Schädeldecke ist es entscheidend, dass die Nervenzellen formbar oder plastisch sind.

Doch ständiger Stress stört das Gefüge. Er erhöht den Spiegel von Stresshormonen im Körper und verändert die Aktivität bestimmter Gene im Gehirn. Als Folge davon verkümmern Zellen, oder es werden keine neuen gebildet. Dadurch sinkt der Stoffwechsel in bestimmten Arealen; das Gehirn stumpft ab.

Dieser Vorgang sei eine natürliche Reaktion des Menschen, vermutet der Psychiater Christoph Nissen, 38, vom Universitätsklinikum Freiburg. „Die veränderte Plastizität führt dazu, dass die Nervenzellen nicht mehr richtig miteinander sprechen können“, sagt er. Das Gedächtnis lässt nach, die Neugier erlischt – der Mensch gleitet ab in die Schwermut.

Im Kernspin können Forscher diese Veränderungen zeigen: Zum einen ist der fürs planende Denken zuständige präfrontale Kortex bei Menschen mit Depression geschrumpft. Die Nervenzellen sind verkleinert, viele Gliazellen, die das wichtige Stützgewebe bilden, fehlen.

Zum anderen ist der Hippocampus, der fürs Lernen von Bedeutung ist, bei Menschen mit Depressionen kleiner als bei Gesunden. Im Normalfall entstehen in diesem Areal jeden Tag Tausende frische Nervenzellen; der Mensch braucht sie, um neue Eindrücke ins Gedächtnis ablegen zu können. Bei Depressiven dagegen bringen die Stresshormone die Vermehrung der Nervenzellen zum Erliegen.

All das spiegelt sich im Verhalten der Patienten wider: Am Ende einer Buchseite haben sie oftmals bereits vergessen, was sie gelesen haben. Eine Patientin, die in zwölf Jahren drei depressive Phasen durchlitten hat, scheiterte an den einfachsten Kreuzworträtseln: „Während meiner Krankheit hatte ich Zweifel, ob ich jemals wieder intellektuell in der Lage sein würde, meinen Job auszuüben“, sagt die Juristin. Und auch Gomez erklärt: „Ich habe eigentlich ein fotografisches Gedächtnis. Aber an meinen schlechten Tagen war es wie weggeblasen.“

Oft gehen auch Ängste mit der Depression einher. Das haben Christoph Nissen und sein Kollege Claus Normann kürzlich in einer Studie untersucht. Für ihre Experimente führten sie 23 Menschen mit schwerer Depression und 35 gesunde Vergleichspersonen in einen Kellerraum ihres Instituts.

Dort stand ein Bildschirm, auf dem die Probanden Bilder betrachten sollten. Bei bestimmten Motiven bekamen sie dabei einen unangenehmen Stromschlag versetzt. Sie schraken zusammen und schwitzten stärker, was die Forscher mit Elektroden maßen. Anschließend bekamen die Testpersonen die Motive erneut zu sehen, allerdings ohne Stromschlag. Dennoch brachen die depressiven Patienten verstärkt in Schweiß aus – sie waren stärker auf die Furcht konditioniert.

Menschen mit Depression, so Nissens Deutung, schätzen bestimmte Situationen als bedrohlicher ein, als Gesunde dies tun. Neurobiologische Befunde legen nahe, dass bei Depressiven die Amygdala verstärkt aktiviert ist, jene Hirnstruktur, in der Ängste verarbeitet werden.

Das klingt nicht gut, und doch haben die Neurowissenschaftler auch erbauliche Nachrichten: Die Spuren im Gehirn sind nicht unveränderlich. Ein wunderbares Beispiel, wie sich der Niedergang der Plastizität umkehren lässt, gibt der Feldhamster ab. Während des Winterschlafs schaltet er sein Gehirn auf Ruhestellung. Die Nervenzellen bilden ihre Fortsätze zurück, die Hirnleistung sackt ab. Diese Art der Winterdepression ermöglicht es dem Hamster, Energie zu sparen.

Doch wenn er im Frühjahr das Nest verlässt, fährt er das Gehirn binnen weniger Stunden wieder hoch. Die Nerven wachsen wieder, sagt der Göttinger Neurobiologe Eberhard Fuchs: „Es ist, als schlügen Triebe aus.“

Wie aber lässt sich ein depressiver Mensch aus seinem seelischen Winterschlaf aufwecken? Antidepressiva sind dazu ein durchaus taugliches Mittel. Sie scheinen die Plastizität zu stärken und sogar das Wachstum neuer Nervenzellen anzukurbeln. Ihre Wirkung setzt nämlich meistens erst nach drei bis sechs Wochen ein – genauso lange dauert es, bis im Hippocampus frische Nervenzellen heranwachsen.

Allerdings braucht es nicht immer pharmakologische Hilfe, um die Produktion neuer Nervenzellen, die Neurogenese, auf Touren zu bringen – dazu genügt bereits körperliche Bewegung. In einer Studie haben 60 Menschen im Alter zwischen 55 und 80 Jahren zwölf Monate lang regelmäßig Aerobic gemacht. Im Durchschnitt führte diese Ertüchtigung dazu, dass der Hippocampus anschließend um zwei Prozent größer war als vorher. Generell gilt: Regelmäßige Ertüchtigung – mindestens dreimal wöchentlich je eine halbe Stunde – wirkt genauso gut gegen mittelschwere Depressionen wie gängige Medikamente.

Auch Meditation und kognitive Aktivität scheinen wie Balsam auf das Gehirn zu wirken, weil sie dessen Plastizität stärken. Der Effekt lasse sich natürlich auch

Offenstehende „Rote Tür“ im Park des Klinikums

zur Vorbeugung nutzen, sagt der Psychiater Mazda Adli, der es selbst vormacht. Mit anderen Ärzten und Kollegen hat er den Chor The Singing Shrinks gegründet: Seelenklempner (englisch: shrinks) singen, um ihren Stress abzubauen.

Allerdings gibt es Patienten, die weder auf Bewegung, Meditieren, Musiktherapie noch auf Pillen richtig ansprechen. Forscher versuchen deshalb, ihr Gehirn mit anderen Mitteln zu stimulieren. Neben der umstrittenen Elektrokrampftherapie für schwer Depressive beginnen Ärzte neuerdings damit, hauchfeine Elektroden ins Gehirn der Patienten einzupflanzen. Wie eine Art Schrittmacher senden diese Nadeln elektrische Impulse in bestimmte Regionen des Denkorgans.

Mit dieser sogenannten tiefen Hirnstimulation hat die Gruppe um Thomas Schläpfer vom Universitätsklinikum Bonn in einer Studie 13 Menschen mit behandlungsresistenter Depression behandelt. Immerhin sechs von ihnen sprachen auf das Verfahren an. Ein Patient allerdings beging Selbstmord.

Aber nicht nur Chemie, Bewegung und Strom, sondern auch Psychotherapien hinterlassen Spuren in den grauen Zellen. Menschen mit Depressionen können sich die Formbarkeit des Hirns, unter Anleitung eines guten Therapeuten, zunutze machen. Indem sie Gedankengänge gezielt einüben, stimulieren sie bestimmte Hirnregionen und normalisieren auf diese Weise das gestörte Netzwerk.

Dieses Schauspiel wollen deutsche Forscher jetzt im Kernspintomografen sichtbar machen. Am Universitätsklinikum Freiburg wählten sie 60 Teilnehmer für eine Studie aus. Es handelt sich um Menschen mit schweren chronischen Depressionen, bei vielen kommen noch frühkindliche Traumata oder Persönlichkeitsstörungen hinzu. Den bisher kaum behandelbaren Menschen zu helfen, hat sich die Psychologin Elisabeth Schramm zum Ziel gesetzt. Vielleicht, so Schramm, könnten sie ja doch lernen, „die Hilflosigkeit zu besiegen“.

Um die Wirkung der Behandlung genau zu erfassen, teilten die Forscher die Patienten in zwei Gruppen: Die eine Hälfte bekam ein Antidepressivum, die andere erhielt eine neue Form der Psychotherapie. Ziel ist es dabei, den Patienten die Konsequenzen ihres eigenen Verhaltens klarzumachen. Auch sollen sie lernen, sich besser in andere Menschen hineinzuversetzen.

Die Ergebnisse der Studie sind zwar noch nicht veröffentlicht; aber das, was Schramm schon verraten darf, klingt ermutigend. Viele Patienten sprächen auf die Therapie an – und die Gehirnscans bestätigten es. Schramm: „Wir sehen spezifische Veränderungen im Gehirn.“

Studien wie diese tragen dazu bei, dass Ärzte und Psychologen sich einander vorsichtig annähern. Bisher standen sich Gesprächstherapeuten einerseits und pharmakologisch ausgerichtete Nervenärzte andererseits oftmals unversöhnlich gegenüber. Nun jedoch erkennen sie, dass Pillen und Gespräche auf das gleiche System im Gehirn wirken. „Wir können die Grabenkämpfe beenden“, sagt der Bonner Psychiater Schläpfer. „Beides wirkt – und am besten zusammen.“

Javier Sayes Gomez, der Fernsehzuschauer, der nach einem Burnout-Bericht zum Arzt ging, kann es bestätigen. Gegen seine Depression bekam er Medikamente, sprach auf der Couch mit einer Therapeutin und begann Halbmarathon zu laufen. Heute verkauft Sayes Gomez wieder Häuser und redet offen über seine Erkrankung.

Die 43-jährige Juristin aus Mainz ist noch nicht so weit. In diesem Herbst mussten ihre beiden Töchter auf Station 7 der Klinik für Psychiatrie kommen, wenn sie ihre Mama sehen wollten.

Bei ihrer Arbeit darf das niemand wissen. In der Behörde heißt es, die Chefin fehle – weil sie einen Burnout habe.

Jörg Blech

STEFAN THOMAS KROEGER / DER SPIEGEL

Wahrendorff: *Das falsche Bild von der Depression aus der Welt schaffen*